

### Service Convalescence

rue Douffet, 36 - 4020 Liège  
Tél. : Centre de Service Social  
04/ 341 63 21

COLLEZ ICI UNE VIGNETTE  
DE VOTRE MUTUELLE

#### A COMPLÉTER PAR LE CURISTE

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... Numéro d'affiliation : ..... (à défaut de vignette)

Tél. : ..... / ..... (privé) ..... / ..... (contact)

Francophone / Néerlandophone / Germanophone

Données de l'accompagnant(e) éventuel(le)

Homme/Femme

Nom : ..... Prénom : .....

#### JE PRÉFÈRE SÉJOURNER À

- Cul-des-Sarts (Les Rièzes et les Sarts)     Spa (les Heures Claires)  
 Deinze (De Ceder)     Terlaenen (De Lasne)  
 Wenduine (De Branding)

#### Type de chambre

Chambre d'une personne  Chambre double

Durée de la cure (minimum 7 et maximum 21 jours) .....

#### A REMPLIR PAR LA MUTUELLE

En règle d'assurance complémentaire jusqu'au : ...../...../.....

Vérifié par :

Date : ...../...../.....

Signature :

#### AVIS DE LA DIRECTION MÉDICALE DE L'UNMS

Favorable

défavorable

Remarques : .....

Signature :

Date :

#### A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

(Ces informations doivent être soigneusement et complètement fournies pour éviter des problèmes pendant la cure)

#### Identité du médecin :

Nom du médecin : ..... Tél. : .....

Adresse : .....

Nom : ..... Prénom : .....

(du curiste)

Maladie / Intervention chirurgicale Date début : .....

Hospitalisation du ...../...../..... au ...../...../.....

Poussée aiguë :  oui  non

Diagnostic(s) détaillé(s) : .....

.....  
.....  
.....

#### Autonomie actuelle :

Le patient peut sans aide d'un tiers :

- |  |                           |                           |                                     |
|--|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> se déplacer           | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> difficilement |
| <input checked="" type="radio"/> aller à la toilette   | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> difficilement |
| <input checked="" type="radio"/> se laver              | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> difficilement |
| <input checked="" type="radio"/> emprunter un escalier | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> difficilement |

Le patient est :

- |   |                           |                           |
|---|---------------------------|---------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> incontinence urines        | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| <input checked="" type="radio"/> incontinence selles        | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| <input checked="" type="radio"/> dépendant d'une voiturette | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| <input checked="" type="radio"/> contagieux                 | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |

#### En cas d'affection psychique :

*! la demande doit émaner d'un psychiatre !*

Nécessité d'un retrait du milieu de vie :  oui  non

L'état psychique est susceptible de perturber le centre ou les autres curistes :

oui  non  à surveiller

Précisions éventuelles : .....

Traitement(s) à suivre pendant la cure : .....

Régime particulier : .....

Date et signature du médecin : ...../...../.....